

德阳市人民政府办公室文件

德办规〔2022〕12号

德阳市人民政府办公室 关于印发《德阳市职工基本医疗保险门诊共济 保障机制实施细则》的通知

各区（市、县）人民政府，德阳经开区管委会，市级各部门：

《德阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

德阳市人民政府办公室
2022年10月12日

德阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制 实施细则

第一章 总则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）制度，更好解决参保职工门诊医疗保障，根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）和《四川省人民政府办公厅关于印发四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（川办发〔2021〕85号）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 坚持保障基本，既尽力而为、又量力而行；坚持平稳过渡，保持政策连续性；坚持协调联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推行。

第三条 市医保局负责全市职工医保门诊共济保障工作的统筹协调。市、区（市、县）医疗保障事务中心具体负责门诊共济保障工作的经办管理。

第四条 本实施细则适用于参加我市职工医保的人员（含退休人员和灵活就业人员）。

第二章 改革个人账户

第五条 改革职工医保个人账户计入办法。单位缴纳的基

本医疗保险费全部计入统筹基金。

（一）按统账结合模式参加我市职工医保的在职职工，个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数 2%。

（二）按统账结合模式参加我市职工医保的退休人员，个人账户由统筹基金按定额计入，计入额度为我市退休人员 2022 年基本养老金平均水平的 2.8%。计入标准由市医保局公布。

（三）按单建统筹模式参保的人员，不建立个人账户。

第六条 参保人员达到法定退休年龄且达到我市规定的基本医疗保险最低缴费年限的，从办理退休手续次月起按退休人员政策计入个人账户。参保人员达到法定退休年龄时未达到我市规定的基本医疗保险最低缴费年限，选择继续按月缴纳基本医疗保险费的，按在职人员政策计入个人账户；选择一次性趸交相差年限基本医疗保险费的，从趸交次月起按退休人员政策计入个人账户。

第七条 严格个人账户使用管理。

（一）个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

（二）个人账户可用于参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗

保障相关的社会保险的个人缴费。

（三）个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

（四）个人账户资金（含改革前个人账户历年结余）可按规定结转使用和依法继承。参保职工跨统筹地区医保关系转移接续时，个人账户资金随同转移。

第三章 完善门诊共济保障

第八条 改革个人账户后，增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障，提高职工医保参保人员门诊待遇水平。门诊共济保障方式包括以下三类：普通门诊费用统筹（简称“门诊统筹”）保障，高血压、糖尿病（简称“两病”）门诊用药保障和门诊特殊疾病（简称“门诊特病”）保障。统筹基金支付的门诊共济保障待遇纳入职工医保基本医疗保险年度最高支付限额管理。

第九条 建立门诊统筹保障制度。在待遇享受期内的参保职工，在门诊统筹定点医疗机构和符合条件的门诊统筹定点零售药店发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的普通门诊费用、购药费用，在扣除乙类先行负担后，起付标准以上部分由统筹基金和个人按比例分担。

第十条 门诊统筹待遇标准。按年设起付标准和最高支付限额，一个自然年度内累计计算。

（一）起付标准。在职职工：200 元，退休人员：150 元。

(二) 支付比例。在职职工支付比例为：三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 50%，二级及以下定点医疗机构 60%；退休人员支付比例为：三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 60%，二级及以下定点医疗机构 70%。

(三) 年度支付限额。在职职工：2000 元，退休人员：2500 元。

(四) 参保职工在市外就医门诊统筹待遇与市内就医一致。

第十一条 门诊统筹不予支付的范围：

- (一) 应从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应由第三人负担的；
- (三) 应由公共卫生负担的；
- (四) 在境外就医的；
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检；
- (六) 其他有关规定不予支付的。

第十二条 建立职工“两病”门诊用药保障制度。将职工医保参保人员中未纳入门诊特病保障范围，采取药物治疗的“两病”患者，纳入职工“两病”门诊用药保障范围。其认定标准、用药范围、保障水平、管理服务与城乡居民“两病”门诊用药保障保持一致。

第十三条 职工“两病”门诊用药保障待遇。参保职工在定点医疗机构门诊发生的“两病”政策范围内药品费用，在月度支

付限额内据实支付。具体标准为：1 级高血压 20 元/人·月，糖尿病 30 元/人·月。

第十四条 职工门诊特病保障待遇。符合门诊特病认定标准的参保患者经认定后享受门诊特病待遇，按照我市现行政策执行。

第十五条 完善职工门诊特病政策。市医保局和市财政局根据疾病谱、基金运行等情况，逐步将适合于在门诊治疗的需要长期服药或费用较大的病种，纳入门诊特病保障范围，适时动态调整门诊特病待遇保障水平。

第十六条 统筹做好职工门诊统筹保障、“两病”门诊用药保障、门诊特病保障、住院费用支付政策的衔接。参保职工按“两病”门诊用药保障或门诊特病保障、门诊统筹保障的顺序享受门诊共济保障待遇。

（一）“两病”门诊用药保障与门诊特病保障待遇不得重复享受。参保患者符合纳入“两病”保障的，按规定享受“两病”门诊用药保障待遇。符合门诊特病认定标准的，纳入门诊特病保障范围，按规定享受门诊特病保障待遇。

（二）参保人员发生的符合“甲类”门诊特病诊疗范围的费用，以及使用单行支付药品、高值药品的费用，按规定报销后，应由个人负担的起付金额和按比例负担的费用，不纳入职工门诊统筹保障支付范围。

（三）参保人员发生的符合“乙、丙类”门诊特病诊疗范围的费用，按规定报销后，超过病种支付限额的部分，不纳入门诊统筹保障支付范围。

第四章 服务、管理与监督

第十七条 职工医保门诊共济保障定点医药机构实行协议管理。市、区（市、县）医疗保障事务中心按协议管理关系与职工医保门诊共济保障定点医药机构签订服务协议。

逐步将资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理、进销存管理系统与医保系统对接且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊统筹保障服务范围。支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入门诊费用统筹保障范围。

第十八条 强化定点医药机构协议管理。将优先使用医保目录药品（诊疗项目）、控制自费比例、严禁诱导院外购药、严禁违规开具大处方、定点零售药店药品售价不高于在四川省药械集中采购及医药价格监管平台上同产品的挂网价格等要求纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。

第十九条 职工医保门诊共济保障定点医药机构应当遵守

基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、法规和政策规定，完善管理服务措施，落实长期处方管理规定，完善家庭医生签约服务，引导参保人员在基层就医首诊，规范门诊医疗服务行为，切实履行医保服务协议。纳入门诊共济保障服务范围的定点零售药店应当定期向医保经办机构报告流转处方、药品进销存台账和财务核算账目，实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变。

第二十条 建立健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制。完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导参保人员合理利用医疗资源，确保基金平稳运行，充分发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。

第二十一条 建立健全医保基金安全防控机制。严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，全面加强对定点医药机构医疗服务行为、药品及医用耗材进销存等的监督和管理，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。加强门诊医疗费用医保大数据智能监控，严厉打击过度诊疗、不合理用药、个人账户套现等欺诈骗保违法违规行为，确保基金安全高效、合理使用。对定点医药机构、参保人员、医保经办机构违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规和医保服务管理协议的行为进行严肃处理。

第二十二条 建立个人账户全流程动态管理机制，进一步完善个人账户管理办法，严格执行基金收支预算管理，加强对个人

账户使用、结算、支付等环节的审核，实现对个人账户全流程动态管理，确保基金平稳运行。

第二十三条 持续健全基金管理内控制度。严格执行基金收支预算管理，完善经办、稽核、财务等不相容岗位相互制约机制，防范化解内部监管风险。

第二十四条 参保人员在市内定点医药机构和市外开通异地门诊费用直接结算的定点医药机构就医、购药的，凭本人医保电子凭证、社会保障卡实行即时结算。

（一）应由个人负担的费用由个人与定点医药机构结算，应由统筹基金等支付的，由经办机构与定点医药机构结算。

（二）因特殊情况未能实现直接结算的，先由个人全额垫付。凭身份证复印件、门诊票据原件、费用明细单（盖章）、处方、检查报告单、治疗单等资料到参保地经办机构申请报销。

第二十五条 加快推进门诊费用跨省异地就医直接结算。结合全国统一的医疗保障信息平台建设，做好定点医药机构跨省异地就医普通门诊费用直接结算数据接口改造及交叉测试工作，实现职工跨省异地就医普通门诊费用直接结算。

第二十六条 健全与门诊共济保障相适应的付费方式。积极探索门诊统筹、“两病”保障费用按人头付费、按门诊病例分组（APG）等付费方式改革。对不宜打包付费的门诊费用，实行按项目付费。

第五章 附则

第二十七条 市医保局、市财政局根据上级部署、经济社会与医学技术发展、医保基金承受能力、个人负担等情况，对职工门诊共济保障和个人账户相关政策适时进行调整。

第二十八条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起实施，有效期 5 年。今后国、省有新规定的，从其规定。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委机关，
市中级人民法院，市检察院，德阳军分区。

德阳市人民政府办公室

2022 年 10 月 14 日印发